

이름:	DDD 번호:
-----	---------

필요성에 대한 평가 번호 \_\_\_\_\_

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수 : 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규참가 자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

필요성에 대한 평가 번호 \_\_\_\_\_

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수 : 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규참가 자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

필요성에 대한 평가 번호 \_\_\_\_\_

수혜자의 필요를 충족하려면 어떤 조치가 취해져야 하며 어떤 서비스/지원이 마련되어야 하는가?	서비스 제공자/책임자?	웨이버 자금 서비스일 경우 체크요	이용 빈도수 : 매일/주/월 이용 시간: 시간/일/달	신규참가 자일 경우 개시 유효일자	사전 승인됨 필요할 경우

본인은 본 수혜자의 보호 플랜 전개에 참석하였으며 혹은 해당 플랜을 검토하였으며 기술된 해당 서비스와 지원에 동의합니다.

웨이버 참가 수혜자	날짜
법적 대리인	날짜
케이스/리소스 매니저:	날짜

**DDD 보호 플랜  
심의회 신청서**

DSHS 공정 심의회 규정 388-02항에 따른 신청

**FOR AGENCY USE ONLY**

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**보낼 주소:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**팩스:** 360-586-6563

본인은 보건사회부(DSHS)에서 결정한 아래 사항에 동의하지 않는 이유로 심의회를 신청합니다.

- DSHS에서 수행한 혹은 수행하지 않은 일을 간단하게 설명하십시오(여백이 더 필요하면 다른 용지를 추가하십시오)
- 가능하다면, 보건사회부의 결정 통지서 사본을 첨부하십시오.

이름 (인쇄체로 기입)	생년월일	소셜시큐리티 번호
--------------	------	-----------

심의회 요청 당사자의 주소	수혜자 ID 번호
시 _____ 주 _____ 우편번호 _____	전화번호 (지역번호 포함) _____ <input type="checkbox"/> 메시지 수신 번호

**본인에게 결정사항을 알려준 날짜:** \_\_\_\_\_ 통지 사무소: \_\_\_\_\_  
날짜 \_\_\_\_\_ DSHS 산하 기관 및 위치 \_\_\_\_\_

**자격이 되면 계속해서 지원 받길 원합니다.**  예  아니오 프로그램: \_\_\_\_\_

본인의 대변인은 다음과 같습니다(스스로를 대변할 경우 다음 두 칸은 작성할 필요가 없음).

대변인의 이름	기관	전화번호
주소 _____ 도로 _____	시 _____ 주 _____	우편번호 _____

본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대변인에게 제공해도 됨을 승인합니다.

수혜자의 서명	날짜
---------	----

심의회에 통역관이나 다른 종류의 지원 혹은 차량지원이 필요합니까?  예  아니오

필요하다면 해당 언어나 어떤 종류의 도움이 필요한지 기입하십시오. \_\_\_\_\_

행정법 판사(ALJ)는 일부 심의회를 전화로 수행할 수 있습니다. 면담 방식을 원하면 OAH에서 우송해드린 심의회 통지서에 있는 안내 내용을 준수하십시오.